

TEORÍA Y MÉTODO

LA RELACIÓN DE AYUDA ES VIVIFICANTE, NO QUEMA

Cibanal, L.*; Siles, J.*; Arce, M^a.C.****; Domínguez J.M.**;
Vizcaya, F.***; Gabaldón, E***.

* Catedrático del Dpto. Enfermería. U.A.

**Profesor Titular del Dpto. Enfermería. U.A.

***Ayudante del Dpto. Enfermería. U.A.

**** Psicóloga Clínica.

Dirección: Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante. E-3080-Alicante



THERAPEUTIC COMMUNICATION DOES NOT BURN YOU OUT; IT IS INVIGORATING.

The aim of this work is to help to clarify and modify the perception of some professionals that therapeutic communication is something that leads to “burn out”. That is to say, to show how therapeutic communication not only does not burn you out, but can be invigorating at both a personal and professional level. The fact that some professionals have been through this sad experience (burnt out by therapeutic communication) may be due, among other reasons, to not having a clear concept of communication and the

therapeutic relationship, and having forgotten that we cannot dedicate ourselves to this noble task without working first on ourselves, our personal growth, self-esteem, problems, conflicts, etc. If this is not done, there is a risk of not knowing where we stand--transgressing certain limits or principles that go along with therapeutic communication.

Moreover, we try to state some of the stages of “burn-out syndrome”, in order to help us to reflect, and to restore the professional and personal “life” that we may have left behind while caring for our patients.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es ayudar a clarificar y modificar la idea que tienen ciertos profesionales de que la “relación de ayuda quema”. Es decir, tratar de precisar, partiendo de cómo la Relación de Ayuda si la entendemos en su justo valor, no sólo no quema, no nos lleva al síndrome del burn-out, sino que ésta es vivificante tanto a nivel personal como profesional. Si ciertos profesionales han llegado a esa triste experiencia, (de que la relación de ayuda quema) pensamos se debe, entre otras razones: por una parte, a no tener una idea clara de lo que es la comunicación y la relación terapéutica o de ayuda; por otra parte, a habernos olvidado que no podemos dedicarnos a esta noble labor, sin antes haber trabajado un mínimo sobre nosotros mismos, es decir, sobre nuestro

crecimiento personal, autoestima, problemas, conflictos, etc. Si esto no se hace, cabe el peligro de no saber dónde nos situamos, transgrediendo ciertos principios o límites que van anejos a la Relación de Ayuda.

Así mismo, intentamos exponer algunas de las fases por las que se llega al síndrome del burn-out, con el fin de que nos sirvan de reflexión, y poder así restaurar la “vida” personal y profesional que hayamos podido haber dejado en este caminar acompañando a los pacientes.

INTRODUCCIÓN

Pensamos que saber establecer, mantener y terminar una Relación de Ayuda implica al menos tener en consideración dos cosas, a nuestro parecer fundamentales: la primera saber lo que es y lo que no es una relación terapéutica o de ayuda; la segunda, realizar un mínimo de trabajo personal, afin de no proyectar nuestros problemas, insatisfacciones, etc., sobre el paciente. Si estos dos aspectos no los tenemos en cuenta, no nos extrañemos oír comentar a nuestros colegas frases como estas: “En la relación con el paciente, si te implicas, terminas quemándote”, “Yo no puedo desconectar, o no sé desconectar de los problemas de los pacientes”. “Los problemas del paciente me los llevo a casa e incluso hasta implicó a mi familia, la cual comienza a estar harta”. “Yo soy muy sensible y los problemas de los pacientes me afectan mucho, y para no deprimirme, hago mi trabajo – técnicas – lo mejor posible, y no voy más lejos”. Etc, etc. Todas estas expresiones las oímos con bastante frecuencia a nuestros colegas. Escuchar el sufrimiento de los profesionales es algo que nos preocupa. Por eso, partiendo de nuestras experiencias, reflexiones, y sobre todo de una revisión de la literatura, nos hemos propuesto como objetivo de este artículo, exponer o revisar algunas ideas que nos puedan ayudar a resituar lo que es la Relación de Ayuda y mediante ésta recuperar una cierta vitalidad perdida, tanto a nivel personal como profesional, afin de no caer en el tan traído y por desgracia cada vez más real, síndrome del burn-out.

Como en la comunicación, “lo que está claro para mí sólo lo está para mí”, vamos a partir de algunas de las definiciones de Relación Ayuda; así como de lo que para nosotros es el Síndrome del burn-out”.

Hemos de señalar que en nuestra concepción de lo que es la Relación de Ayuda nos situamos dentro del marco conceptual de la psicología humanista y existencial.

Veamos algunas definiciones:

La Relación de Ayuda (Morrison, 2000) es un intercambio de energía entre dos personas, un flujo que mueve al paciente a llevar una conducta más eficaz”.

La Relación de Ayuda consiste en posibilitar relaciones humanas potenciadoras de actitudes que favorezcan la interrelación humana.

Nosotros entendemos por relación de ayuda un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este intercambio, uno de los interlocutores (en nuestro caso el profesional de enfermería) captará las necesidades del otro (usuario, paciente), con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual (Cibanal, 1991).

Rogers (1961) la definía así: “Toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada...En otras palabras, podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos”.

La idea fundamental que subyace en todo proceso de relación de ayuda, especialmente dentro de la corriente humanista, es la de facilitar el crecimiento personal y el descubrimiento de los recursos ocultos de la persona en conflicto (Cole, 1979)

Pensamos que vista así la relación de ayuda por el profesional de enfermería, ésta constaría entre otras de las características siguientes:

- Es una ayuda concreta, en una relación de “aquí y ahora”.
- Es una ayuda liberadora y de crecimiento personal.
- Es una ayuda eficaz, atiende a los objetivos del paciente.
- Es una ayuda mediada por la escucha y el diálogo.

Estamos de acuerdo con Sherter y Stone (1968) quienes afirman que el “objeto de la relación de ayuda es el cambio... Al finalizar la relación, el individuo no es el mismo que antes de entablarla. Ya no sufre tanto; no está tan indefenso; se conoce mejor así mismo; se comporta de modo más satisfactorio; se convierte en una persona mejor. El cambio interno y externo se manifiesta en las actitudes, las acciones y la manera de percibirse a sí mismo, a los demás y al mundo en general”.

Por otra parte, cuando se dice que el profesional está quemado se indica que la situación (familiar, social o laboral) le ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación.

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada, hay consenso al considerar que el síndrome de burn-out aparece en el individuo como una respuesta al estrés crónico, que surge al trabajar bajo “condiciones difíciles” en contacto directo con los usuarios, clientes o pacientes, y que tiene consecuencias muy negativas para la persona y para la organización. Las consecuencias más visibles de la aparición del burn-out en las organizaciones son: absentismo laboral, huelgas, abandono del puesto de trabajo, despidos, jubilaciones anticipadas, etc. Para poder prevenir estas situaciones debemos conocer los síntomas y los factores que contribuyen a su aparición. En cuanto a los primeros, para Maslach y Jackson (1982), se trataría de un síndrome caracterizado por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de realización personal. El agotamiento emocional se refiere al vaciado de los recursos personales, junto con la sensación de que uno ya no tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás. Por despersonalización entienden el desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas con quienes se trabaja. El tercer aspecto del burn-out es la percepción de que los logros profesionales quedan por debajo de las expectativas personales y supone una autocalificación negativa.

Una vez definidos los términos, así como el objeto de nuestro trabajo vamos a adentrarnos en el mismo.

DESARROLLO DEL TEMA ¿QUEMA LA RELACIÓN DE AYUDA?

Tal vez se sorprendan de que nos hagamos esta pregunta. Sin embargo en nuestra práctica cotidiana, es una expresión que de una u otra manera oímos con frecuencia.

En muchos sectores, hemos llegado a ser unos profesionales que intentan responder a las continuas demandas de los usuarios cada vez más urgentes y exigentes y cada vez más numerosas, de forma fría, distante, deshumanizada, debido a que nos sentimos apáticos, cansados, agotados, a veces sin energía y deprimidos.

Hay profesionales que continuamente corren el peligro de agotarse hasta el punto de convertirse ellos mismos en pacientes si continúan intentando responder a las presiones y demandas de los otros, sin tomar conciencia de que haciendo esto caen en un círculo cada vez más acelerado, que les lleva a una dispersión de ellos mismos y de sus posibilidades, hasta el punto de sentirse explotados y vacíos.

Desde fuera se puede pensar que los enfermeros/as son fuertes, pues son los especialistas, los profesionales de la salud y que ellos saben cómo mantenerla.

En efecto, se habla de la salud, pero de la salud de los otros, sin darnos cuenta que también se trata para nosotros de desarrollar o de encontrar nuestra propia salud, una salud cada vez más perfecta, con el fin de incitar a los otros a recuperar o gestionar mejor su propia salud, y no mostrar así una contradicción entre lo que sabemos y hacemos o vivimos.

Pensamos por esta razón, que es necesario hacer un viaje hacia nuestro interior y liberar la salud aprisionada que hay en nosotros, pues como nos dice M. Ferguson (1981): “Los descubrimientos científicos sobre la riqueza y la complejidad de nuestra naturaleza nos revelan la pobreza de nuestros abordajes habituales de la salud, y especialmente de nuestros esfuerzos por tratar desde el exterior, es decir, desde fuera, mediante la fuerza y la invasión, los sistemas humanos cuyo delicado equilibrio no puede ser corregido si no participa nuestro médico interior”, es decir, es necesario que la persona se implique desde el interior de ella misma en su proceso de recuperación.

Pero, ¿cómo buscar esta “interioridad” de salud que hay en cada uno de nosotros? ¿Cómo conven-

cernos de que este lugar de salud interior también existe en cada uno de los pacientes que cuidamos, y esto sea cual sea su comportamiento?

La calidad de vida y su relación con la salud del individuo son (o deben ser) una de las preocupaciones comunes de todas las enfermeras. El nudo central de una buena práctica de Enfermería está en el conocimiento de los factores de salud óptima del individuo en relación con sus sentimientos de integridad personal, de actualización de los mismos, así como de la realización de sus valores personales, sus respuestas a las necesidades fundamentales y su expresión creadora. En resumen, se trata de partir del paciente, de su marco de referencia y de manera conjunta –profesional y paciente- hacer tanto una valoración como un plan de actividades que le ayuden bien sea a resolver su problema o a prevenir la enfermedad, ya sea está física o mental., o bien aceptar como diría Heidegger, que “somos un ser para la muerte”.

Todo esto lo vemos así, porque teniendo como referencia el Interaccionismo Simbólico, pensamos que todo comportamiento tiene una significación precisa para el individuo y que el profesional de enfermería debe usar de prudencia en la elección de las intervenciones que descuidaran la significación de la experiencia del paciente en provecho de su interpretación personal. Es pues necesario que la enfermera desarrolle las destrezas de observación, interpretación e intervención que se sitúen al interior del esquema de referencia del paciente, a fin de esperar encontrar con él un terreno de entendimiento que permita discutir sobre las diferentes situaciones y poder llegar así a una comunicación auténtica. De esta manera, creemos que el profesional de enfermería, no se va a agotar “cargando” él con el paciente, pues esto sería considerarlo como pasivo, sin responsabilidad; sino que debe orientarle, dirigirle, partiendo de él, de sus recursos y posibilidades, sabiendo que es el usuario (cliente) el que tiene que ser el agente responsable de su propia vida e historia.

La enfermera, como el paciente, es la experta de su propia situación. Ella trata de dar respuesta a las cuestiones que considera importantes para ella, de lo que es esencial y absolutamente necesario para sobrevivir o vivir mejor, de lo que estima debe ir tomando forma en el curso de su existencia. Lo

que le asemeja con el paciente... he aquí lo que es su centro y es en este nivel donde se sitúa el elán del que habla Bergson, (1907) el encuentro terapéutico y la verdadera relación yo-tú de la que habla M. Buber (1969).

A. LA ENFERMERA DEBE, EN PRIMER LUGAR TRABAJAR “SU MUNDO INTERIOR” PARA PODER TRABAJAR EL “MUNDO EXTERIOR”

Sin esta perspectiva única del interior de los seres, encontramos la cosificación, la despersonalización, la deshumanización, la dispersión, la alienación de sí y de los que de alguna manera se sienten ya “alienados” debido a la enfermedad.

Para modificar radicalmente nuestra actitud respecto a nosotros mismos, Pelletier (1981) nos invita, en primer lugar, a liberarnos del punto de vista de los otros y a comenzar a vernos desde el interior, mediante la experiencia de “ser para nosotros nuestra propia madre y nuestro propio padre”.

Esta experiencia consiste en tomar partido por sí, en aprender a escucharse verdaderamente para descubrir lo que es bueno y necesario para sí mismo, aprender a acogerse a sí mismo, a tomar el tiempo de escucharse sin estresarse, en definitiva a tomar el tiempo de trabajar sobre su autoestima.

Según Pelletier, (1981) los reencuentros de sí consigo mismo exigen movimientos de vivencia interior, de silencio y de reconciliación que permiten un volver a comenzar, un reconocimiento, una interiorización progresiva y gradualmente energizante. “El individuo comienza entonces a ser bueno para él, a vivirse plenamente, a sentir que la vida, su vida es muy valiosa y generosa”.

La persona experimenta la experiencia de lo que es la vivencia de su mundo interior y de lo que a partir de esta vivencia es la vivencia del “mundo exterior”. El profesional de enfermería se ofrece al paciente (usuario o cliente) como paradigma de la apertura y cerrazón de las relaciones. Él se abre, en primer lugar, a él mismo, después a los otros, protegiéndose según sus necesidades y las circunstancias. Él experimenta el dominio de sí mismo, sobre sus elecciones, sobre lo que le sucede o acontece. Él sabe lo que quiere y fundamenta sus decisiones sobre su valor personal y el respeto por él mismo. Él sabe situarse al interior de una relación, impli-

cándose en ella, pero también sabiéndose desim-
plicar una vez terminada la misma, para no seguir
rumiando los problemas o el sufrimiento del
paciente. Él sabe, por tanto, vivir el aquí y el ahora
con responsabilidad. Todo esto, le va a permitir,
finalmente, estar centrado sobre lo que es esencial
para su vida: sintiéndose así, estructurado, centra-
do, unido.

La enfermera/o llega entonces a ser capaz de
poderse maravillar de su trabajo y en su vida. Este
maravillarse, Pelletier (1981) lo describe como un
estado renovado de continuo conocimiento, de re-
encuentro por primera vez. Es un estado anterior al
encuentro "Yo-Tú" de Buber (1969), el cual se
hace desde el interior de los seres y de las cosas, y
este encuentro crea un tercer término, la relación
viva y vivificante, la cual siempre es terapéutica,
pues esta no es estática, ni crónica, ni lleva a la
rutina.

La enfermera toma así conciencia de su lugar
privilegiado junto al paciente, no solamente por su
situación de cuidadora, sino también y principal-
mente por su condición de persona humana para
quien "nada de lo humano le debe ser ajeno".

Los cuidados le permiten, en efecto, un contac-
to directo para estar presente en todas las fases de
la vida del usuario (o cliente), desde su nacimiento
hasta su muerte, en los momentos de crisis o de
desesperación. La enfermera tiene un lugar privile-
giado porque antes de ser enfermera, ella es un ser
humano a quien este principio (lo humano) le con-
fiere unas cualidades humanas fundamentales de
flexibilidad, de intuición, de intimidad, de capaci-
dad de evolución en la complejidad y el cambio.
Ella puede crear una relaciones personales más
profundas, más significativas con los otros y con el
universo.

En esta profundización de la conciencia de sí y
de los otros, no hay recetas, ni fórmulas, ni cami-
nos ya trazados de antemano. Nuestro destino está
en nosotros mismos y depende de nosotros.
Mientras esperemos que los otros nos den recetas
liberadoras, no buscaremos ni encontraremos la
fuerza de hacerlo por nosotros mismos. Cada uno
debe hacer su búsqueda y su camino, cada uno
debe integrar un paradigma de vida que le permita
sentirse bien consigo mismo, y como consecuencia
poder expandirse hacia los usuarios o pacientes.

B. PERSPECTIVA HOLÍSTICO-HUMANISTA DE LA RELACIÓN DE AYUDA

Simplificando, podíamos decir que hay dos
maneras de abordar los cuidados, dos abordajes
fundamentales: el abordaje subjetivo científico,
bien reconocido, utilizado y valorizado por todos,
y el abordaje inter-subjetivo, menos a la moda,
mucho más cuestionado precisamente porque este
es más global y profundo.

El abordaje humanista tiene la ventaja de unifi-
car estos dos abordajes, y esto gracias al Proceso
de Cuidados, la Comunicación y Relación de
Ayuda, sin olvidar la perspectiva global de la per-
sona dada por un Modelo de Cuidados.

Según el primer abordaje, la enfermera da los
cuidados del "mundo exterior"; utiliza un plan, un
protocolo preciso, identifica lo más objetivamente
posible los signos, síntomas, los problemas y las
necesidades de los otros, de los que "están fuera"
de ella, los pacientes; la enfermera tiene un rol de
cuidadora no muy bien identificado pero bastante
definido para ser reconocida por la sociedad, aun-
que no siempre se sienta ella bien en el papel que
la sociedad le otorga. Por otra parte, cuando la
salud física está bien separada de la salud psicoló-
gica, la situación de la enfermera es confortable en
cuanto a los cuidados físicos o las técnicas que ella
imparte. Sus actos son legales, cuantificables,
recopilados, defendibles, etc.

Según el segundo abordaje, la promoción de la
salud integral de la persona es más compleja, holís-
tica, y para ello necesita dominar, haber integrado,
sentirse a gusto con los tres pilares a los que aludí-
amos anteriormente (Comunicación-Relación de
Ayuda, Proceso de Cuidados, y un Modelo de
Referencia). Lógicamente, integrar esto que acaba-
mos de decir, es un proceso largo que exige mucha
implicación personal y profesional y que se hace no
solamente hacia fuera, sino sobretodo desde dentro
de sí mismo y de los otros. Es desde el interior de
lo vivido desde donde nace el proceso de cuidados
de la enfermera. Este potencial humano perdido,
aparentemente inactivo en el paciente, va a ser reac-
tivado mediante la "la Relación de Ayuda o utiliza-
ción terapéutica" de sí misma de la enfermera. De
esta manera, vemos cómo el crecimiento personal
de la enfermera se encuentra íntimamente ligado al
proceso terapéutico que ella inicia con el paciente.

Por otra parte, un marco conceptual humanista de cuidados invita a explorar el potencial humano tanto del paciente como de la enfermera en el contexto excepcional y específico de interacciones intersubjetivas que ofrecen los cuidados. Según una proposición de Paterson (1976), todas nuestras cuestiones de búsqueda desembocan en el paradigma de la humanización o de la deshumanización de nuestras intervenciones.

Los cuidados humanistas se definen como una teoría y una práctica de cuidados anclados en la filosofía existencial, dando prioridad a la experiencia y al surgimiento de lo completamente nuevo. Abre el camino hacia una verdadera renovación: la perspectiva de unos cuidados y una salud contemplada de forma holística.

Como dice Ferguson (1981), cuando el adjetivo holístico se aplica convenientemente a los cuidados de salud, tanto para sí como para con los otros, éstos nos envían a un abordaje cualitativamente diferente en el que se respeta la interacción del cuerpo con lo psíquico en un ambiente determinado. Por encima del abordaje alopatóico del tratamiento de los síntomas de la enfermedad, este método busca resolver la falta de armonía subyacente en todas las enfermedades.

El paciente es el experto de su propia situación, y el que intervenga la enfermera con su Relación de Ayuda, no es más que un soporte temporal, una invitación al paciente a que asuma y se responsabilice de su propia vida, a que recupere sus recursos, su elan por vivir o vivir mejor lo que le quede por vivir.

El dolor y la enfermedad una forma de comunicar.

Esta forma de entender los cuidados es un abordaje integral, preocupado por la totalidad del paciente en el que el acento está puesto en los valores humanos. El dolor y la enfermedad son una información que emana de un conflicto, de una falta de armonía y son vistos como un proceso capaz de desencadenar la recuperación de aquello que hay de más íntimo en la persona. El cuerpo es considerado como un campo de energía y la psique es el factor principal o el equivalente de la recuperación en todas las enfermedades. Se trata pues, de enseñar a la gente la forma de cambiar la matriz de su enfermedad, pues toda curación es esencialmente una auto-curación.

En esta óptica, la llave de la salud no depende de un simple cambio físico, sino más bien de un estado de espíritu. Continuando con la idea de Ferguson, (1981) recuperar la salud, es encontrarse a sí mismo, y esto de forma original, única en cada individuo, sin camino de antemano ya trazado y sin el recurso fácil a lo mágico, al destino, a algo que nos venga de fuera. Una visión holística de la salud es una especie de "meta-salud" y se sitúa en el verdadero centro de las personas.

La utilización de nuestro verdadero centro de curación es aquí el elemento desencadenante de nuestra realización personal al mismo tiempo que una invitación al paciente a que se recupere él mismo.

Esto quiere decir, en los cuidados humanistas, la utilización de toda mi persona en la relación terapéutica. Por tanto, no solamente de mi inteligencia, sino también de mi corazón, de mis percepciones, de mis emociones, de mi intuición de todas mis facultades, a veces sin estatuto universitario, pero que son nuestros valores fundamentales.

La salud holística es una perspectiva y no una especialidad o una disciplina. La proliferación de centros y de redes de salud holística ha conducido a muchos individuos a comprometerse en la búsqueda de una ampliación de la conciencia por mejorar la salud. Si una búsqueda de sí, viene a ser una búsqueda de la salud, recíprocamente la consecución de la salud lleva a una mayor conciencia de sí mismo. Cada uno de nosotros es un laboratorio, nuestro solo laboratorio, nuestro examen el más íntimo de la naturaleza misma, de nuestra naturaleza y la de los otros.

Una salud holística nace de una actitud: una aceptación de las incertidumbres de la vida, una voluntad de aceptar la responsabilidad como una costumbre, un cierto modo de percepción y de tratamiento del estrés, de las relaciones humanas más satisfactorias y el sentimiento de tener un objetivo en la vida.

SÍNDROME DEL BURN-OUT Y REALIZACIÓN PERSONAL

La Enfermería en tanto que profesión de ayuda es, a menudo, un estado de vulnerabilidad. La estima de sí de sus miembros está la mayor parte del tiempo en "mala salud". Según Pelletier (1981):

“más allá de una identidad relativa dada por las evaluaciones del otro, hay una identidad, que es incondicional y que no proviene de ninguna relación jerárquica. Y este valor en sí de ser una persona para sí para su propia alegría, para su propio placer de ser, justifica que no ponga todo su valor en lo que hace, sino más bien en lo que es”.

El profesional que no se siente centrado en su identidad no llega a encontrar este valor en sí en todo lo que hace y en la evaluación de los otros; se dispersa en toda clase de tareas, se confunde con los otros y con su servicio a los otros, lo cual le lleva a no sentirse realizado, y no encontrar el carácter absoluto de su existencia y “bajo el efecto deformante de la privación, no solamente rehúsa reconocer sus recursos afectivos, de los cuales dispone, sino que rechaza la experiencia de poder expresarse, y manifestar lo que tiene de único”.

Teniendo en cuenta lo que acabamos de decir, no es de extrañar, que la profesional de enfermería desarrolle este nuevo síndrome de nuestro mundo moderno tan apresurado e intoxicado: el síndrome del Burn-out.

Edelwich (1980) nos dice de este burn-out que es una pérdida progresiva de idealismo, de energía, de significación de objetivos, resultado de las malas condiciones de trabajo. Estas condiciones van desde una formación inadecuada o insuficiente hasta una carga demasiado enorme de pacientes, de tareas, de responsabilidades; de un salario insuficiente con demasiadas horas de trabajo, con horarios cambiantes; con contradicciones políticas y burocráticas, con un desnivel bastante grande entre sus aspiraciones y sus realizaciones.

Otros autores como Maslach (1979), afirman que este agotamiento físico y emocional, no es un fenómeno aislado, atribuible a un cierto número de personas, sino que está ampliamente repartido. Los profesionales de los servicios de salud y de los servicios sociales son especialmente víctimas porque ellos están constantemente teniendo que enfrentar a ciertos desafíos y a hacer frente al estrés inherente a la naturaleza misma de sus servicios. Como en toda experiencia humana, podemos hacer, de esta experiencia del burn-out, una experiencia terminal o a la inversa, una experiencia de crecimiento o la ocasión de un verdadero comienzo.

Para señalar este malestar del burn-out, se han identificado cuatro fases en la forma de desarro-

llarse este síntoma. Debemos señalar que es posible intervenir a nivel de cada una de estas fases con el fin de romper el ciclo y cambiar esta situación de destrucción en ocasión de crecimiento y renacimiento, tanto para sí como para los otros. Para sí, pues no se va a quemar y sí encontrar sentido a su existencia personal y profesional; para los otros, porque en esta implicación hecha con responsabilidad va a ayudar a los otros a un mejor y mayor crecimiento de su salud física y emocional.

La primera es, la fase de entusiasmo, o de demasiado entusiasmo, ésta se da principalmente en los jóvenes o los que comienzan un nuevo proyecto, tanto en equipo como en un nuevo trabajo. Estos debutantes, generalmente llenos de energía y de expectativas un tanto idealistas, se lanzan rápidamente a la tarea. Su falta de experiencia puede llevar a estos jóvenes profesionales a identificarse con su trabajo a vivir las relaciones con sus pacientes más como simpatía, amistad, que como empatía, a no saber dónde están los límites entre su yo y el del otro, cayendo en una relación de dependencia, y de sentirse imprescindible de los pacientes, hasta el punto de no tener vida propia ni permitirse reservarse tiempo para sus propias necesidades tanto físicas, como sociales, emocionales o espirituales.

El burn-out tiene causas más profundas que el aumento de trabajo, o sus malas condiciones, pues queriendo mucho ayudar a los otros, uno se olvida de ayudarse a sí mismo, justificando esto con la necesidad de darse, de consagrarse, de compartir con los clientes las penas y las dificultades de sus vidas. Ahora bien, cuando uno está en Relación de Ayuda, es indispensable decidir hasta dónde debo llegar, por el bien mío y el del otro, y hacer una limitación bien clara entre lo que es una implicación apropiada y terapéutica y un compromiso irracional, inoperante, de dependencia, o de “jugar” a salvador. Por tanto, establecer los límites claros y realistas entre su trabajo y su vida personal es un medio sumamente eficaz para prevenir el síndrome del burn-out. Recordemos que los límites son estructurantes, y a veces esto se nos olvida.

La segunda es la fase del estancamiento, durante la cual el trabajo pierde su dimensión de magia y se comienza a recalcar la importancia de las otras cosas de la vida y del mundo.

Se pone el acento en sus necesidades de movimiento, de cambiar, de no hacer más de lo mismo, etc.

Una forma de hacer frente a esta situación y no estancarse o anquilosarse, es comprometerse más en su desarrollo personal y profesional mediante una formación y educación más elevada, o bien realizando algún plan de carrera que uno tuviera pensado o le gustaría hacer, o profundizar el algún curso de Relaciones Humanas, etc., pues esto me puede ayudar a saber dónde estoy y hacia dónde quiero ir.

Según Malasch (1979), es muy útil y necesario tener un buen entrenamiento en habilidades interpersonales o relacionales, esto le ayudará a prevenir el burn-out.

La tercera es la fase de la frustración. Los profesionales se cuestionan sobre la eficacia y valor real de su trabajo. No encuentran una satisfacción en su trabajo que esté proporcionada con su compromiso y, por tanto, se sienten cada vez más desilusionados en cuanto a los resultados de su compromiso e implicación.

Nos encontramos con este descubrimiento que nos desconcierta: la persona está colérica, con rabia, explota por la más pequeña contrariedad, o incluso ante preguntas que le hacen con delicadeza, la profesional las interpreta como una agresión, respondiendo de forma agresiva. A veces la persona intenta negar o reprimir lo más posible esta realidad, llegando entonces a introyectar esta agresividad contra sí mismo llegando incluso a situaciones desastrosas; no es de extrañar que según las estadísticas se den muchos suicidios en nuestra profesión. Sin embargo, esta toma de conciencia de su agresividad es importante como etapa indispensable de avance o crecimiento, de "peligro u oportunidad".

Una manera eficaz de poder utilizar toda esta energía conflictiva consiste en expresar, sacar esta cólera o rabia en ciertos momentos y con las personas que nos ofrecen bastante confianza o libertad porque no se van a sentir agredidas ni vamos a tener miedo de las consecuencias de la intensidad de nuestras emociones. Esto puede hacerse en casa, cuando estamos solos golpeando una almohada, o colchón, rompiendo cosas, o papeles que no nos sirvan, gritando, etc.; o bien lo podemos

hacer con los amigos o familiares que puedan comprender esto; o bien, en sesiones de terapia, o si es posible de supervisión. Según Kent (1972), el primer paso en el descubrimiento de sí, es atreverse a revelar su cólera o rabia.

Al hacer esto nos daremos cuenta de cómo nuestra cólera es rápidamente desmitificada, descargada aceptable o aceptada, aún más se convierte en una fuente de mayor proximidad hacia las personas de nuestro entorno. En algunos países o incluso en el nuestro existen grupos que se reúnen para hacer esta catarsis, lo cual les da la posibilidad no sólo de liberación, sino también de poder profundizar en unas relaciones humanas más intensas y en un mayor crecimiento personal de sus miembros.

La cuarta es la fase de la apatía. Esta apatía es la consecuencia lógica como mecanismo de defensa cuando la frustración se cronifica, cuando uno ya no encuentra satisfacción en su trabajo, cuando evita todo desafío o cambio.

Lógicamente llegados a este punto, es necesario intervenir, abordar esto con coraje y dulzura, comenzar a reírse para tomarse más tarde en serio, tomar una cierta distancia de sí mismo a fin de volver a ponerse en contacto consigo mismo y reavivar sus recursos personales y su energía.

A este propósito, Malasch (1979) recomienda utilizar ciertas rutinas que permitan descargar esta situación cotidiana y comenzar a separar el trabajo a domicilio del trabajo exterior; las relaciones laborales de las relaciones personales o íntimas, (recordemos que los pacientes no son nuestros amigos, el problema comienza cuando esto se confunde y no se ponen claramente los límites). Estas rutinas pueden ser, por ejemplo: un simple paseo, ejercicio físico, momentos para mí sólo de contemplar un paisaje, oír música, tumbarse sin hacer nada, ciertos ejercicios energéticos: Yoga, Chicum, Reiki, Bioenergía etc., en definitiva todo aquello que me permita reequilibrar mi energía y desarrollar gradualmente una especie de separación o distancia, la cual es indispensable para sobrevivir a largo plazo en la Relación de Ayuda.

Esta mirada desde una cierta distancia, sobre sí mismo y sobre los otros, si se hace con un poco de humor e intentando relativizar las cosas, nos va a permitir poner las cosas en su sitio y ver lo que es

bueno para nosotros y los otros. Nos va a permitir podernos cuestionar mejor y ver más allá de ciertos límites lo que todavía está vivo y energético en nosotros, y nos permitirá invitar a otros, teniendo en cuenta sus recursos y energía, a retomarse en aquello que todavía tienen de inédito, de desconocido, de energético o de misterio.

Puesto que, como dirían los filósofos, el mundo exterior es un reflejo de lo que nosotros somos, no podremos hacer este mundo mejor o con más salud más que si nos mejoramos a nosotros mismos. Pensamos que la verdadera resolución de cada una de estas etapas del burn-out está en nuestro interior.

CONCLUSIÓN

A modo de conclusión, podríamos decir que la Relación de Ayuda quema cuando:

- Se convierte en amistad.
- Se realiza como una charla, sin precisar los límites del tiempo.
- No se planifica mediante una clarificación de objetivos y actividades muy concretas y hechos con el paciente.
- Se convierte en una especie de “compasión” entendido éste de forma peyorativa, y no en una comprensión del problema del paciente.
- No tengo las ideas claras sobre la Transferencia y Contra transferencia.
- Me siento vulnerable a lo que me dice el paciente, no desde la empatía, sino desde la simpatía o amistad.
- Proyecto mis problemas, preocupaciones, ansiedades, agresividades... sobre el paciente.
- Quiero compensar con el paciente la necesidad de “caricias” debidas a mi baja autoestima, o a no recibirlas en otra parte.
- Hago al paciente dependiente de mí, y no busco su independencia
- Confundo empatía con simpatía o antipatía.
- No soy capaz de implicarme en el aquí y ahora en el que se da la relación.
- Debido al punto anterior, me llevo los problemas del paciente para casa.
- No clarifico la demanda del paciente, e interpreto lo que incluso no me pide, o creo que si no tengo una respuesta a lo que me pide ya no puedo ayudarle

- Juego a “consejero” o “salvador”.

- No admito mis limitaciones y creo que tengo que tener respuestas a todo lo que me pida el paciente.

- No he asumido mi propio sufrimiento y mi propia muerte, y por tanto tengo miedo o me produce ansiedad el que el paciente viva o aborde estos temas.

- No acepto incondicionalmente que el paciente sea él, y por tanto tenga su propia manera de ver y vivir la realidad, la cual puede ser muy distinta a la mía.

- No tengo clara mi identidad y rol, y creo que si el paciente aborda ciertos temas psicoafectivos o espirituales, ya tengo que derivarle al psicólogo.

- Me siento amenazado porque el paciente me hable de sus sentimientos.

- No sé establecer, mantener y terminar la Relación de Ayuda; es decir, cuando no tengo claro, que escuchar no es oír lo que dice el paciente y contestarle o rebatirle, estableciendo a veces una lucha de poder o dialéctica, sino que escuchar es centrarme en lo que me dice verbal y no verbalmente el paciente y devolvérselo mediante un feed-back o resumen, hecho con muchísima empatía, que muestre que intento ponerme en su lugar y ver las cosas desde él, no desde mí.

- Tengo miedo de no saber contestar a lo que me pregunte el paciente, debido a que no sé bien cómo comunicarme.

- El paciente no obedece a lo que yo le digo o impongo, y quiero hacerlo a mi imagen y semejanza.

Y por el contrario, la Relación de Ayuda es vivificante, cuando:

- Me he trabajado y conozco mis posibilidades y limitaciones.

- Me siento como diría Sócrates con su “mayéutica”, como una comadrona que ayuda a dar a luz, a poner en movimiento el potencial y recursos que tiene el paciente o la comunidad para hacer frente a su situación.

- Tomando el símil del hortelano: hago con las personas como con las plantas, permitir que sean ellas, pero eso sí, ponerle buena tierra, abono, agua, quitar malas hierbas, y favorecer una temperatura adecuada, cuando esto hago, puedo maravillarme.

llarme de ver cómo se libera la energía de la planta y llega a dar un fruto rico y abundante.

Cuando tenemos en cuenta esto, y otras muchas cosas más, no es de extrañar que sigamos pensando y creyendo que la Enfermería es un Arte y una Ciencia, y no creo que ni el Arte ni la Ciencia sean crónicos y que, por lo tanto, quemen.

Nos van a permitir terminar con dos citas. La primera de célebre filósofo Martín Buber: "En la sociedad humana, en todos los niveles, las personas se confirman unas a otras de modo práctico, en mayor o menor medida, en sus cualidades y capacidades personales, y una sociedad puede considerarse humana en la medida en que sus miembros se confirman entre sí...".

"La base de la vida del hombre con el hombre es doble, y es una sola: el deseo de todo hombre de ser confirmado por los hombres como lo que es, e incluso como lo que puede llegar a ser y la capacidad innata del hombre para confirmar a sus semejantes de esta manera. El hecho de que tal capacidad esté tan inconmensurablemente descuidada constituye la verdadera debilidad y cuestionabilidad de la raza humana: la humanidad real sólo existe cuando esa capacidad se desarrolla".

La otra cita es de Williams James, quien escribió: No podría idearse un castigo más monstruoso, aún cuando ello fuera físicamente posible, que soltar a un individuo en una sociedad y hacer que pasara totalmente desapercibido para sus miembros. Tal situación llevaría a una pérdida de mismidad que no es más que una traducción del término alienación.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ L, FERNÁNDEZ L. (1991)** El síndrome de "Burn-out" o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 11:257-265.
- BENNETT-JA. (1995)** Metodological notes empathy: further considerations. *Advances-in Nursing-Science (ANS) Sep*; 18 (1): 36-50 (57 ref.).
- BERENSON, -BERNARD-G. (1990)** Science and technology in counseling psychology. *Counseling-Psychologist. Jul*; Vol 18(3): 422-427.
- BISCHOF-KHOLER-D. (1994)** Self object and interpersonal emotions. Identification of own mirror image, empathy and prosocial behavior in the 2nd year life. *Z-Psychol-Z-Angew-Psychol*; 202 (4); 349-77.
- BUBER, M. (1969)** Yo y Tú. Nueva Visión. Buenos Aires.
- CANALS I CADAFALCH, MM. (1995)** Comunicación verbal dentro del equipo quirúrgico acogiéndose al Análisis Transaccional.. *Rev. AEEQ.0:4-8.*
- CARKHUFF, R. (1969)** Helping and Human Relations: A Primer for Lay and Professional Helper. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- CAZORLA LOSILLA, A. (1998)** Y otros. Asistencia Integral al enfermo oncológico terminal de urología. *Rev.AE. Enf. Urolog. Ene-mar*; 66:34-39
- CIBANAL, L (1991)** Interrelación del profesional de Enfermería con el Paciente. Barcelona, Doyma.
- CIBANAL, L y ARCE. M.C. (1991)** La Relación Enfermera / paciente. Alicante. Universidad de Alicante.
- CIBANAL, L. Et al. (2001)** El significado está en las personas no en las palabras. Congreso Virtual de Psiquiatría (<http://www.Interpsiquis.com/2001>).
- COLEMAN, NJ. (1995)** Oír pero no escuchar. *Nursing. Ago-sep. 13 (7): 64.*
- CRIBADO RODRIGUEZ E. (1997)** La entrevista clínica: contexto de comunicación y educación para la salud. *Rev. A tu salud. 1997 dic. V (19-20): 2-6.*
- CUEVAS P., et al. (1999)** Estrés, apoyo social y salud mental en enfermeros de un hospital general: resultados de una investigación. *Enfermería Científica* ; 202:74-76.
- DE GUZMAN, M. (1998)** La comunicación en la relación de ayuda. *Comunic. Enferm. 2 (11): 3-6.*
- EDELWICH, J. (1980)** Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. Human Science Press, New York.
- ERLANGER-DM. (1998)** Identity status and empathic response patterns: a multidimensional investigation. *J. Adolesc. Jun*; 21(3): 323-35.
- FAURA T. (1990)** Síndrome de Burn-out. Enfermería, grupo de alto riesgo. *Revista Rol de Enfermería*; 10:53-56.
- FEELY-M. (1997)** Using Peplau's theory in nurse-patient relations. *Int-Nurs-Rev. Jul-Aug*; 44 (4) 115-20.
- FERGUSON,M. (1981)** Les enfants du verseau: Pour un nouveau paradigme. Calman-Levy, Paris.
- FERNÁNDEZ LAMELAS, MA. Y RODRÍGUEZ GÓMEZ,C.V. (1997)** Comunicación entre enfermera-paciente. *Rev. Enfer.Científica. May-Jun. 182-183: 78-80.*
- FLÓREZ, J.A. (1994):** "Síndrome de estar quemado. Burn-out". Edikamed.

- GIL-MONTE, P., PEIRÓ, J.M., Y VALCÁRCEL, P. (1995):** "El síndrome de burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral". En L. González, De la Torre, A. y De Elena, J. (Eds). *Psicología del trabajo y de las organizaciones, gestión de recursos humanos y nuevas tecnologías*. Salamanca, Eudema.
- GOLEMBIEWSKI, R.T., MUNZENRIDER, U, Y CATER, D. (1983):** "Phase of progressive burnout out and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis". *Journal of applied behavioral science*, 19 (4), 461-481.
- LEATT, P. Y SCHNECK, R.(1980):** "Differences in stress perceived by head-nurses across nursing specialities". *Journal of advanced nursing*, 5, 31-46.
- LEE, R. T., Y ASHFORTH, B.E (1990):** "On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout". *Journal of Applied Psychology*, 75, 743-747.
- LINN, L.S., YAGER,J., COPE, D. Y LEAKE, B. (1986):** "Health status, job satisfaction, job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty". *JAMA*, 245 (19), 275-278.
- MASLACH, C.H. Y JACKSON, S.E.(1982):** "Burnout in health professions a social psychological analysis". En Sanders, G.S. y Suls, J. (Eds): *Social psychology of health and illness*. London, Erlbaum.
- GALA LEÓN FCO y otros. ¿Cómo evoluciona la asertividad y los estilos de comunicación en enfermería? Una comparación entre alumnos y profesionales. Rev. Enferm. Científica. 192-193:40-44.**
- GARCÍA AGUILAR J.F. (1995)** Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. *Rev. Enferm.Clinica*. 1995 Mayo-Junio. 5 (3): 99-104.
- GARCÍA M, et al. (1999)** El Síndrome Burn-out en Profesionales de Enfermería. *Enfermería Científica*; 202:61-67.
- GIL-MONTE PR, PEIRÓ JM, VALCÁRCEL P. (1996)** Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burn-out: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*; 6(2):43-63.
- GLEBER-JM. (1995)** Interpersonal communications skills for dental hygiene students: a pilot training program. *Journal-of-Dental-Hygiene (J-DENT-HYG)* Jan-Feb; 69 (1): 19-30 (49 ref).
- GONZÁLEZ JL. (1990)** Factores de estrés y enfermedad. *Psiquis* 1989; 10:11-20.
- GONZÁLEZ JL. (1990)** El índice de reactividad al estrés. Inteva, Madrid:
- MASLACH C, JACKSON S. MASLACH (1986)** Burnout Inventory. CA: Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- SEISDEDOS N. MBI. (1997)** Inventario de burn-out de Maslach. TEA, Madrid .
- COLLIÈRE, M.F. (1993):** "Promover la vida". Madrid, McGraw-Hill.
- FIRTH, H.; MC INTEE, J.; MCKEOWN, P. Y BRITTON, P. (1986):** "Burnout and professional depression: related concepts?". *Journal of advanced nursing*, 11, 633-641.
- FIRTH, H.; MC INTEE, J.; MCKEOWN, P. Y BRITTON, P. (1987):** "Professional depression, burnout and personality, in longstay nursing". *Int. J. Nurs. Stud*, 24 (3), 227-237
- GRESING-POPHAL, Lin. (1998)** 8 signos de mala comunicación. *Rev. Nursing*. Mar. 16 (3): 32.
- JARRET N. (1995)** A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patients contribution been neglected? *J.Adv. Nursing*, 22: 72-78.
- JOVER SANCHO C. (1995)** La relación de ayuda en el ingreso hospitalario. *Rev. ROL Enferm*. oct. XVIII (206): 23-29.
- KENT,I. (et al) (1972)** The Discovery of the Self Beyond the Ego. Bobbs-Merril, Indianapolis.
- KRIEGER, D. (1981)** Foundations for Holistic Health Nursing Practices: The Renaissance Nurse. Lippincot, Toronto.
- LAYTON-JM; WYKLE-MH. (1990)** A validity study of four empathy instruments. *Research-in Nursing-and-Health (RES-NURS-HEALTH)* Oct; 13 (5): 319-25 (33 ref).
- LINARES HERRERA JP.y otros. (1995)** Cuidados paliativos en el enfermo terminal urológico "Información, comunicación y soporte emocional". *Rev.AE Enfer. Urolog. Ene-mar*: 54:65-70.
- LLOYD-C; MAAS-F. (1992)** Interpersonal skills and occupational therapy. *British-Journal-of-Occupational-Therapy (BR-J-OCCUP-THER)* Oct; 55 (10):379-82 (24 ref 5 bib).
- MANICKAM,-L-S. (1990)** Empathy: comparative study of professionals and trained lay counsellors using hypothetical situations. *Indian-Journal-of Psychiatry*. Jan; Vol 32 (1); 83-88.
- MARTÍN ROBLEDO, E. (1995)** Comunicar y cuidar. *Comunic Enferm* . I (1):2-3.
- MASLACH,C. Y JACKSON, S.E. (1986):** "Maslach burnout inventory". Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.
- MASLACH, C Y JACKSON S. (1997):** MBI inventario "Burn-out" de Maslach. Madrid,TEA.

- MENEZES DE LUCENA, V.A. (2000):** "El estrés laboral en cuidadores de ancianos". Tesis doctoral. Salamanca.
- PALENZUELA, D. L., PRIETO, G, BARROS, A, Y ALMEIDA, S. (1997):** "Una versión española de una batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC-20)". Revista Portuguesa de Educação, 10 (1), 75-96.
- PINES, A. (1993):** "Burnout: An existential perspective". En W. B. Shaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds): Professional Burnout: Recent developments in theory and research, 35-51. Taylor & #61478; Francis, London.
- REEVE, R. HALL (1998):** "Women, work and mental health". University of Virginia. DAI, 60, nº, 01ª, 0076.
- ROGER, D. Y NASH, P. (1995):** "Perception del self". Nursing Times, 25 (21), 44-55.
- ROSENTHAL, S.L., SCHMID, K.D., Y BLACK, M.N. (1989):** "Stress and coping in N.I.C.M". Research in nursing and health, 12, 256-257.
- MÉRIDA PERDIGAO C. (1995)** Recuperar las artes de la comunicación. Index Enfer. Otoño. IV (14): 62
- MITCHELL-CG. (1998)** Perceptions of empathy and client satisfaction with managed behavioral health care. Soc-Work. Sep; 43 (5): 404-11.
- PATERSON, J.G. et al. (1976)** Humanistic Nursing. Wiley & Sons, New York.
- PELLETIER, D. (1981)** L'arc-en-soi: Essai sur les sentiments de privation et de plénitude. Stanké, Montréal.
- REYNOLDS-B. (1994)** The influence of clients' perceptions of the helping relationship in the development of an empathy scale. Journal-of-Psychiatric-and-Mental-Helath-Nursing (J-PSYCHIATR-MENT-HELATH-NURS); 1 (1): 23-30 (54 ref).
- ROGERS, C. (1962)** The Interpersonal Relationship: The core of Guidance. Education Review. Harvard.
- ROMERO ORGANVÍDEZ J. (1995)** La información y la comunicación. Bases de unos adecuados cuidados de enfermería. Rev. Nosocomio. 1995. 7:15-16.
- SANZ ORTIZ, J. (1995)** Comunicación e información. Rev. Med.Clinica. Ene: 104 (2):59-61.
- SMOOT-SL; GONZALES-JL. (1995)** Cost-effective communication skills training for state hospital employees. Psychiatric-Services (PSYCHIATR-SERV) Aug; 46 (8): 819-22 (15 ref)
- TAZÓN, Mª.P. (2000)** Relación y Comunicación. Difusión Avances en Enfermería. Madrid-Valencia.
- ULIARTE LARRIKETA, T. (1996)** Cuidados de enfermería en enfermos urológicos. Funciones independientes. Relación de ayuda. Rev.AE Enfer. Urolog. Abr-jun. 59:28.
- VILA VENDRELL A. (1997)** Aspectos éticos y profesionales de la información y la comunicación en los cuidados de enfermería. Ev. Enferm.Clinica, May-Jun. 7 (3): 119-125.
- WEYMAN, W. J. (1996):** "The determinants of fatigue in working women (stress, gender role)": Boston college; 0016. DAI, 57, nº 09ª, 3776.
- WILLIAMS, D. B. (1984):** "Secretarial stress and job satisfaction". Mai, 23, nº, 01, 0230.
- WHELER-K. (1995)** Development of the perception of Empathy Inventory International-Journal-of-Psychiatric-Nursing-Research (INT-J-PSYCHIATR-NURS-RES) Jun; 1 (3): 82-8 (29 ref).
- WISEMAN-T.** A concept analysis of empathy. Journal-of-advanced-Nursing (J-ADV-NURS) 1996 Jun; 23 (6): 1162-7 (38 ref).

